

**Notre Expérience du Colpocystogramme
dans le Diagnostic et la Thérapeutique
des Prolapsus Génitaux**

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 18 FEVRIER 1972

PAR

Omar RAHAL

Président de Thèse : Mr le Professeur STOPPA
Juges : Melle le Professeur ORFILA
: Mr le Professeur MESSERSCHMITT
: Mr le Professeur ROZAN

**Notre Expérience du Colpocystogramme
dans le Diagnostic et la Thérapeutique
des Prolapsus Génitaux**

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 18 FEVRIER 1972

PAR

Omar RAHAL

Président de Thèse : Mr le Professeur STOPPA
Juges : Melle le Professeur ORFILA
: Mr le Professeur MESSERSCHMITT
: Mr le Professeur ROZAN

Notre Expérience du Colocystogramme
dans le Diagnostic et la Thérapeutique
des Prostatites Bénignes

THÈSE

POUR LE DOCTEUR EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE ET DÉFENDUE
LE 12 JANVIER 1913

UNIV.
LEEDEN
BBL.

PAR

GUINOT HANAL

Président de l'Université : Dr. H. J. van der Horst
Docteur en Médecine : Dr. J. A. van der Horst
Dr. J. A. van der Horst
Dr. J. A. van der Horst

A la mémoire de ma soeur Rabeha

Tu nous a quitté si vite,
Nous nous sommes connus si peu
Tu es toujours présente en moi et
J'aurais tant voulu que tu sois là
pour partager ma joie.

A mon père,

A ma mère,

Vous n'avez hésité devant
aucun sacrifice pour m'aider.

Vous m'avez appris la vie et
l'honneur.

Je vous dois tout.

A mon frère Khelil,

Avec toute mon affection
et en te remerciant pour
tout ce que tu as fait pour moi.

A Zakia, ma belle-soeur.

A Yasmina et Si Mohamed

A Abla et Si Abdelkrim

A Melika et Si Mansour

A

Chawqui, Tewfick, Zoheir,

Amal, Rabeha, Samia,

Chafick, Farid,

En souhaitant que vous fassiez
beaucoup mieux que moi.

A ma famille,

A mes amis,

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur STOPPA,

Professeur titulaire de Clinique Chirurgicale,

Chirurgien des Hôpitaux,

Chef de Service,

Croix de guerre 1939-45.

Vous me faites, le très grand honneur,
mon cher Maître, de présider ma thèse.

Votre bienveillance et votre simplicité
à mon égard, ont été pour moi, un réconfort
tout au long de mes études et dans la
réalisation de ce travail.

Veuillez accepter l'expression de
ma profonde gratitude.

A mes Juges,

Mademoiselle le Professeur ORFILA,
Professeur titulaire de bactériologie,
virologie, immunologie générale.
Biologiste des Hôpitaux,
Officier des Palmes Académiques.

Monsieur MESSERSCHMITT,
Maître de Conférence agrégé d'Hématologie
Biologiste des Hôpitaux,
Chef de Service.

Monsieur ROZAN,
Maître de Conférence agrégé d'électro-radiologie.
Médecin des Hôpitaux.

Je tiens à vous exprimer ma profonde
reconnaissance pour l'honneur que
vous me faites.

A Monsieur le Docteur X. HENRY,
Chef de Clinique, Assistant des Hôpitaux

C'est grace à vous que j'ai pu réaliser
ce travail, je tiens à vous exprimer mes
plus grands remerciements.

A mes Maitres de la Faculté de Médecine
et à l'Hôpital d'Amiens.

I - INTRODUCTION

Le colpocystogramme mis au point par A. BETHOUX, et ses collaborateurs dans le service du Professeur J. HUGUIER entre dans les mœurs.

Dans le service de clinique chirurgicale du Pr. STOPPA, au C. H. U. d'Amiens, on a essayé de le réaliser le plus souvent possible en examen pré-opératoire, et autant que la discipline et la docilité des patientes le permettaient examen de contrôle post-opératoire.

Cela nous a permis de préciser, après d'autres auteurs, les composantes anatomo-fonctionnelles des prolapsus auxquels nous avons à faire et de mieux analyser les éléments constitutifs des incontinences urinaires. Ainsi avons-nous essayé de réduire les récurrences post-opératoires toujours désagréables et la découverte secondaire d'un élément masqué du prolapsus qu'un examen clinique insuffisant ou difficile aurait pu nous faire négliger lors de l'intervention.

Disons dès maintenant combien grande est, en dehors de l'intérêt iconographique, l'importance du colpocystogramme à l'étape diagnostique et lors de l'étape thérapeutique.

Nous allons, au cours de ce travail, définir le colpocystogramme ; faire un rappel de l'anatomie du tractus génito-urinaire pelvien et des moyens de fixation de l'utérus, de la vessie et du segment ano-rectal, ce qui nous permettra de voir brièvement l'étiopathogénie des détériorations qui conditionnent l'apparition des prolapsus et peuvent être analysées par l'examen clinique.

Nous présenterons ensuite notre technique de réalisation du colpocystogramme et les résultats normaux ou pathologiques obtenus ainsi que les déductions qu'il a permis dans l'étude de la statique pelvienne.

Après un bref rappel des principes du traitement des prolapsus génitaux, nous ferons quelques remarques tirées de notre expérience à la clinique chirurgicale du Professeur STOPPA.

Nous concluerons par un essai de synthèse en précisant les cas où le colpocystogramme nous paraît indispensable.

II - DEFINITION

Avec Monsieur BETHOUX, nous définirons le colpocystogramme comme "l'image dynamique des viscères pelviens", d'où l'intérêt des rappels anatomiques qui suivent.

RAPPEL DE L'ANATOMIE DU TRACTUS GENITO-URINAIRE PELVIEN

1) l'utérus :

Au centre de l'excavation pelvienne entre vessie en avant, rectum en arrière, l'utérus recouvert par les anses intestinales est en majeure partie situé au dessus du vagin dans lequel il fait saillie.

Lorsque la vessie et le rectum sont vides, l'utérus est à la fois antéversé et antéfléchi.

a) le point central de l'utérus

L'axe du corps et l'axe du col forment un angle couvert en avant vers la symphyse pubienne de 100° à 120° .

Le sommet de cet angle, appelé point central de l'utérus est situé au niveau de l'isthme. C'est le point le plus fixe. Il est normalement placé à peu près :

- au centre de l'excavation pelvienne ;
- un peu en avant d'un plan frontal passant par les épines sciatiques ;
- et sur l'axe du bassin, représenté par la ligne ombilico-coccygienne.

Lorsque ce point central est situé en avant, en arrière ou latéralement par rapport à sa situation habituelle, on dit qu'il y a antéposition, rétroposition ou latéroposition de l'utérus.

b) l'Antéversion est l'angle que fait l'axe du corps avec l'axe de l'excavation pelvienne.

c) l'Antéflexion est l'angle de 120° que fait l'axe du corps avec l'axe du col, lequel s'implante à 90° dans la paroi antérieure du vagin.

2) le vagin

C'est un conduit musculo-membraneux qui s'étend de son insertion sur le col utérin à la vulve.

Organe impair, médian, situé en partie dans l'excavation pelvienne, en partie dans l'épaisseur même du périnée ; il est compris

entre vessie et urètre en avant et rectum en arrière.

Il s'ouvre en bas par la vulve dont il est séparé par l'hymen.

Classiquement, il a la forme d'un conduit cylindrique, aplati d'avant en arrière. Ses parois antérieures et postérieures sont accolées l'une contre l'autre ; sauf en haut où il est cupuliforme autour du col utérin. Sur une coupe longitudinale, il n'est pas tout à fait rectiligne, mais décrit une courbe concave en arrière.

En fait, des empreintes vaginales chez des femmes normales ont permis d'apporter un certain nombre de données complémentaires (BETHOUX et collaborateurs).

- un enroulement latéral existe à la partie inférieure du vagin maximum à la moitié de celui-ci. Cet enroulement projette les bords latéraux du vagin en haut, en avant et en dehors.

- une angulation dièdre ouverte en arrière de 135° à 145° entre la moitié supérieure et la moitié inférieure du vagin ; l'arête de ce dièdre a été appelée "cap vaginal" (Bethoux).

La direction générale du vagin fait un angle de 60 à 70° avec l'horizontale chez la femme debout. Son opacification radiologique montre que sa direction vers le haut et l'arrière est la 3ème ou 4ème vertèbre sacrée.

Le vagin forme ainsi avec l'utérus un angle utéro-vaginal qui regarde normalement en avant et caractérise l'antéversion utérine.

3) La vessie

C'est le plus volumineux des organes pelviens. Elle est logée dans la partie antérieure de l'espace pelvien sous péritonéale :

- un peu au-dessus du plancher pelvien,
- en arrière de la symphyse et du pubis,
- en avant de l'appareil génital qui la sépare du rectum.

Quelle que soit sa distension, la vessie se développe aux dépens de sa partie supérieure relativement mobile, tandis que sa partie inférieure reste fixe et encastrée dans le plancher pelvien ; notamment par l'intermédiaire des ligaments pubo-vésicaux et des ligaments postérieurs de la vessie (ligaments vésico-vaginaux et vésico-utérins).

4) l'espace pelvi-viscéral

Le péritoine pelvien ne descend pas jusqu'au contact du diaphragme pelvien constitué par le muscle releveur. Il existe entre celui-ci et la sereuse péritonéale, autour des viscères pelviens, un espace appelé pelvi-viscéral.

Cet espace est limité en haut par le péritoine, en bas par l'aponévrose pelvienne, en dedans par les viscères pelviens.

Son épaisseur augmente de dehors en dedans par suite de l'orientation inverse de la ligne de réflexion péritonéale et de l'inclinaison des releveurs.

Cet espace pelvi-viscéral est constitué par un tissu musculo-cellulo-conjonctif.

- les lames musculaires :

.....

Etudiées par ROUGET, ces lames de fibres musculaires lisses, tapissant la face profonde des feuillets séreux, émanent de l'utérus, des ligaments ronds et utéro-ovariens.

- le tissu conjonctif :

.....

Une importante nappe de tissus cellulo-adipeux est intimement liée aux fibres musculaires lisses.

a) autour des vaisseaux contenus dans la paramètre, ce tissu cellulaire devient épais réalisant de véritables gaines conjonctives et fibreuses. L'une de ces lames, importante, est la gaine hypogastrique qui se prolonge en dedans vers les viscères pelviens en une toile cellulo-

fibro-musculaire lisse, "irrégulièrement tissée" et rejoint les organes intra-pelviens ; rectum, vessie, utérus et vagin (Ligaments de Mackenroth des anglo-saxons).

Ainsi de chaque côté de l'utérus, la lame fibreuse soulevée par l'artère utérine nommée tente de l'utérine, constitue de véritables ailerons latéraux. Ceux-ci forment un toit à deux versants antérieur et postérieur, qui recouvre tous les organes sous-jacents.

b) Par ailleurs ce tissu cellulaire présente en de nombreux points des épaississements qui, non seulement fixent les organes, mais encore, les cloisonnent :

. les ligaments

- en arrière de l'utérus. : les lames utéro-sacrées, dont l'armature est le plexus hypogastrique ;

- en avant : les lames pubo-vésico-utérines, organisées autour des plexus veineux.

. Les septas

- intervésico-génital

se subdivise en :

. facia pré-cervical

. facia sous-vésical

- inter-recto-génital

constitué :

. du facia rétro-cervical

. et facia pré-rectal.

A - Facia sous-vésical

Entité anatomique. formée de la gaine celluleuse vésicale, (ou facia péri-vésicale), et de la gaine celluleuse vaginale (ou facia péri-vaginale).

Mais pour ROUVILLOIS et HALBANS, ce facia serait une lame conjonctive condensée autour des artères et veines vaginales et tendue transversalement.

B - Facia de HALBANS

Entité chirurgicale, c'est un plan musculo-conjonctif formé du facia sous-vésical et d'une lame de la paroi vaginale que la dissection individualise artificiellement. Son épaisseur et sa résistance augmentent lorsque l'on s'éloigne de la ligne médiane. Il sert de hamac de soutènement de la vessie dans la cure des cystoceles accompagnant les prolapsus.

C - Facia pré-cervical

La base vésicale entre en contact avec l'isthme utérin par l'intermédiaire du péritoine. Celui-ci après avoir tapissé la face supérieure de la vessie, se recourbe en un cul de sac vésico-utérin et recouvre ensuite la face antéro-inférieure du corps utérin.

Sous le cul de sac vésico-utérin existent :

- sur la ligne médiane, un tissu cellulaire lâche ou facia de LENHOSSEK qui permet facilement, d'un coup de compresse, de séparer les deux organes.

- sur les côtés et en profondeur, des tractus fibreux nommés ligaments vésico-utérins ou "piliers vésicaux" qui contiennent quelques ramifications vasculaires.

RAPPEL DES MOYENS DE FIXITE DE L'UTERUS, DE LA VESSIE ET DU SEGMENT ANO-RECTAL

FORGUE, comparait déjà la stabilité utérine à celle d'une lampe qui serait à la fois "à pied" et "à suspension".

A la conception classique du rôle de sustentation du plancher pelvien, est venue s'ajouter puis même pour certains, s'opposer, l'importance des formations conjonctivo-élastiques : ligaments utéro-sacrés, cardinaux, ailerons viscéraux et vaginaux.

Certains sont allés plus loin et ont assigné au vagin le rôle primordial dans la statique génitale.

Et quel est le rôle de la vulve quand on sait la possibilité de prolapsus après vulvectomie ?

Trop souvent, les conceptions classiques s'appuient sur des données cadavériques. A la lumière des apports du colpocystogramme que nous reverrons plus loin, il semble logique de ne pas dissocier les viscères contenus dans le petit bassin, car ils sont intimement liés les uns aux autres par des formations fibreuses; et M. BETHOUX, et ses collaborateurs parlent d'un véritable "combiné viscéral" évoluant ensemble dans la dynamique pelvienne.

I) Les moyens de fixité de l'utérus

On distingue classiquement :

- un système d'orientation corporeale,
- un système de suspension cervicale,
- un système de soutènement périnéal.

a) le système de soutènement :

L'utérus fait normalement avec le vagin un angle de près de 90°. Cette disposition fait que l'utérus repose sur la paroi postérieure du vagin.

Celle-ci est soutenue par les éléments du périnée :

- dans le plan profond, ce sont les faisceaux élévateurs des releveurs de l'anus.

- dans le plan superficiel on peut distinguer deux parties :

- . Une portion rétro-commissurale. Elle est formée par le noyau fibreux central qui soutient le vagin et constitue le coin périnéal enfoncé entre vagin et rectum. C'est une masse fibro-musculaire puissante où convergent et s'entrelacent les unes aux autres les fibres tendineuses de la plupart des muscles des plans superficiels et moyens du périnée.

- portion pré-commissurale : essentiellement aponévrotique : aponévrose moyenne du périnée.

Constituée de deux feuillets, dont l'inférieur résistant est le principal.

Elle s'attache latéralement sur les branches ischio-pubiennes au-dessus des corps caverneux.

En avant de l'urètre, les deux feuillets sont fusionnés et constituent le ligament transverse du pelvis. En avant de lui, le feuillet inférieur constitue la lame inter-crurale et le feuillet supérieur forme la lame sous-pubienne.

b) le système de suspension :

L'utérus est à peu près dans la position d'un individu qui fait des barres parallèles (Grégoire).

Les barres sont représentées par les ligaments qui viennent s'insérer sur le col qui représente la portion fixe de l'utérus.

- en arrière :

Les ligaments utéro-sacrés qui s'attachent en arrière, sur la face antérieure du sacrum, en dedans des deuxième, troisième et quatrième trous sacrés.

Ils se dirigent obliquement en avant, en bas et légèrement

en dedans, après avoir contourné les faces latérales du rectum.

Leurs bords supérieurs soulèvent le péritoine et subdivisent le douglas en deux étages.

Quant à leurs bords inférieurs, ils confinent à l'aponévrose pelvienne

- en avant : ils s'insèrent près des bords latéraux de la face postérieure du col et sur le dôme vaginal. Ils semblent parfois s'unir sur la face postérieure du col en formant un bourrelet peu saillant "le torus utérinus de J. L. PETIT".

Ils contiennent des fibres nerveuses du plexus hypogastrique qui serait pour ROUVIERE, la partie la plus solide de leur charpente.

- Latéralement :

C'est l'aileron utérin de la gaine hypogastrique qui est une toile cellulo-fibro-musculaire lisse qui couvre et enveloppe les vaisseaux.

Elle est étendue de la paroi pelvienne à l'utérus.

- En avant

Ce sont les ligaments pubo-vésico-utérins de FARABOEUF ; qui forment la partie antérieure des lames sacro-recto-génito-pubiennes.

c) Le système d'orientation :

Il est essentiellement corporéal.

Ce sont :

- les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacrés qui maintiennent l'antéversion ;
- les ligaments larges qui limiteraient la latéversion.

2) Les moyens de fixité de la vessie

1) Le péritoine

recouvre la face supérieure de la vessie et joue un rôle minime.

2) La Gaine ombilico-vésicale ou allantoïdienne

Elle enveloppe la vessie et l'amarre à l'ombilic et au plancher pelvien. Sa base se fixe d'avant en arrière aux ligaments pubo-vésicaux, à l'aponévrose pelvienne, à la gaine hypogastrique et se prolonge sur les côtés de la vessie en direction de la grande échancrure sciatique.

3) L'Ouraque

Reliquat sus-vésical de l'allantoïde. C'est un cordon fibreux qui, tendu du sommet vésical, à la cicatrice ombilicale maintient le sommet de l'organe.

4) Les ligaments pubo-vésicaux

Ils fixent le col à la symphyse pubienne et représentent la partie antérieure des lames sacro-pubiennes.

Se détachant du col vésical, ils se fixent sur la symphyse pubienne.

Du fait de leur très faible résistance, ils sont inexistantes pour les chirurgiens.

5) Les ligaments postérieurs de la vessie

Ce sont les ligaments vésico-génitaux :

- l'un supérieur : vésico-utérin
- l'autre inférieur : vésico-vaginal.

6) La gaine hypogastrique

Donne des expansions cellulo-conjonctives entraînées par les vaisseaux vésicaux qui abordent la vessie selon trois pédicules artériels :

- les collatérales de l'ombilicale,
- les branches antérieures de l'utérine,
- les branches ascendantes de la honteuse interne.

7) Le plancher pelvien

Il constitue le moyen de fixité le plus important par l'inter-

médiaire du vagin auquel la vessie est intimement unie, ce qui explique que souvent, ou même pratiquement toujours, une cystocèle accompagne une colpocèle antérieure.

3) La jonction urétro-vésical

L'urètre est situé derrière la symphyse pubienne et devant le vagin contre lequel il s'applique.

Il suit un trajet oblique de haut en bas et d'arrière en avant, à peu près parallèle à celui du vagin.

La jonction urétro-vésical est maintenue en place par ses connexions avec le vagin, l'aponévrose pelvienne et les ligaments sous pubo-sous-vésicaux.

Le maintien entre l'urètre et le plancher vésical d'un angle postérieur ouvert à 130° environ (angle urétro-vésical) est assuré par le tonus de tous les éléments suspenseurs du bas-appareil.

4) Le segment ano-rectal

La partie basse du rectum est amarrée en haut et en arrière du sacrum.

Le segment anal est rattaché au coccyx par le raphé ano-coccygien et par les faisceaux pubo-rectaux des releveurs qui fixent vers l'avant le canal anal sur toute sa hauteur.

5) Rappel de l'étiopathogénie des prolapsus génitaux

Au total, il apparaît que le maintien en bonne place et en bon fonctionnement physiologique de ces viscères est assuré par une tonicité périnéale satisfaisante et par le soutien parfaitement équilibré de solides formations élastiques, non seulement dans l'axe antéro-postérieur et transversal du bassin, mais aussi de haut en bas grâce aux fascias de Halban, et recto-vaginal.

Ces données expliquent l'étiologie des prolapsus :

Elle est dominée par trois facteurs :

- le principal a trait au traumatisme obstétrical, qui lèse surtout le noyau fibreux central et plus particulièrement les chefs internes des muscles releveurs.

A ces déchirures musculaires s'ajoutent encore des élongations, des distentions, des ruptures des éléments fibro-ligamentaires.

Il y a également des modifications de l'utérus lui-même dont le col est déchiré, et le corps secondairement dévié en rétroversion à la suite d'une mauvaise involution du post-partum : cette rétroversion qui place l'utérus dans l'axe du vagin favorise la ptose.

- le second est d'ordre trophique : la ménopause amenuise et affaiblit considérablement les tuniques vaginales et les facias aponévrotiques du bassin. La sénilité affecte enfin gravement la tonicité musculaire.

- le troisième facteur est représenté par des anomalies congénitales.

Ce sont essentiellement :

- la profondeur excessive du douglas qui constitue l'amorce idéale d'un élytrocèle.

- la rétroflexion de l'utérus, à l'origine de laquelle ou à cause de laquelle la paroi vaginale antérieure est très brève et la paroi vaginale postérieure est très longue, avec constitution d'un cul de sac postérieur exagérément profond.

- l'allongement congénital du col qui prédomine sur la portion sus-vaginale alors que le museau de tanche, peu musclé, est souvent tapiroïde ou conique.

Dans leurs formes pures et majeures, ces anomalies rendent compte du prolapsus de la vierge.

Mais souvent, le traumatisme obstétrical, la ménopause, la sénilité, interviennent à longue échéance pour amenuiser les moyens de soutien et aggraver la ptose chez ces femmes déjà prédisposées.

- Des causes opératoires annexes peuvent encore s'ajouter à la complexité de ces facteurs intriqués :

- la ventrofixation

directe ou indirecte de l'utérus

- un surjet de colporaphie antérieure trop tendu qui abaisse le

col en raccourcissant par trop la paroi vaginale antérieure

- une sclérose post-opératoire péri-urétro-cervical, source

d'incontinence urinaire.

RAPPEL DE L'EXAMEN CLINIQUE D'UNE FEMME
ATTEINTE DE PROLAPSUS GENITAL

Il comporte une étude analytique des éléments constitués du prolapsus, des lésions associées, notamment sphinctériennes, de l'état des systèmes de suspension, d'orientation et surtout de soutien.

I - L'interrogatoire

- Il précise la cause vraisemblable du prolapsus ou un facteur d'aggravation :
 - un traumatisme obstétrical,
 - facteurs chirurgicaux et notamment une pexie abdominale,
 - la ménopause,
- Il précise également la tolérance du prolapsus :
 - sa symptomatologie fonctionnelle est réduite et un cortège d'accompagnements importants doit faire rechercher une lésion associée ou une cause extragénitale.
 - il importe de faire préciser par la malade le volume maximum qu'elle attribue à la saillie de son prolapsus ; car l'importance peut en paraître moindre lors de l'examen, car la femme est reposée.
- Enfin, on s'enquerra, en fonction de l'âge, du désir de maternité, de vie sexuelle de la malade.
- On précisera les troubles accompagnateurs :
 - l'incontinence urinaire, ses caractères,
 - des troubles sphinctériens anaux plus difficilement avoués,
 - un amaigrissement.

II - L'examen gynécologique

a) L'examen de l'abdomen

Peut retrouver une cicatrice de médiane sous-ombilical. Elle attire l'attention sur une intervention antérieure dont le compte-rendu opératoire n'est pas toujours en possession de la malade.

b) L'examen de la région ano-vulvaire

Il précise :

1°/ L'état de la déhiscence vulvaire plus ou moins béante.

2°/ L'état du périnée postérieur.

3°/ La distance ano-vulvaire.

4°/ La trophicité de la vulve.

c) La poussée abdominale commandée

Fait apparaître la saillie du prolapsus ou la majeure.

Elle peut révéler une incontinence urinaire.

Par la palpation au doigt, on identifie chaque élément du prolapsus.

d) L'examen au spéculum à valves démontables

Introduit à fond, on réduit progressivement le prolapsus. L'exposition du col en place permet de pratiquer des frottis, la colposcopie, le test au lugol ; voire une biopsie.

On peut voir par ce même examen l'allongement intra-vaginal du col.

e) Manoeuvres avec le spéculum

Elles s'effectuent en demandant à la patiente de pousser.

- l'extraction du spéculum

Le col utérin, libéré d'un éventuel effet "pessaire" d'un colpocèle antérieur ou postérieur, descend : cette manoeuvre nous

permet de diagnostiquer un prolapsus utérin latent ou masqué et d'en évaluer l'importance.

- manoeuvre avec les valves, le spéculum étant démonté

- Avec la valve antérieure

L'une des valves est appliquée sur la paroi antérieure du vagin, pour effacer tout bombement à ce niveau à l'effort.

On peut ainsi démasquer un bombement postérieur rectal ou douglassien.

- Avec la valve postérieure

Cette manoeuvre permet aux éléments antérieurs du prolapsus de se manifester ou de se majorer.

- Avec la valve postérieure accrochant le col

On met en tension la paroi antérieure du vagin et on teste ainsi les connexions fibreuses vésico-génitales :

- . Si elles sont détériorées un bombement persiste,
- . Sinon, on efface ainsi une cystocèle ce qui peut mettre en évidence une incontinence urinaire liée à une cystoptose masquée par "la chambre d'expansion de la cystocèle".

f) Toucher vaginal combiné au palper abdominal

Il permet de préciser :

- le volume de l'utérus
- son orientation
- de contrôler l'état des annexes et des paramètres
- d'explorer la musculature des releveurs
- d'étudier l'état des facias qui amarrent le dôme vaginal, jugé sur l'état vide et déshabité du dôme vaginal.
- d'apprécier un allongement supra-vaginal du col.

g) Toucher rectal

Il apprécie le sphinctère anal,

Le doigt recourbé en direction de l'orifice vulvaire permet devant un colpocèle haut situé, de penser à un élytrocèle si le facia recti n'est pas détérioré.

Le doigt allongé étant dirigé vers l'avant en ménageant une ouverture vulvaire normale, si l'on demande à la malade de pousser on peut préjuger du résultat satisfaisant ou non d'une myorraphie correcte des releveurs, selon que cette manoeuvre maintient ou non les éléments du prolapsus.

Le doigt rectal maintenant le col utérin est une manoeuvre équivalente à la valve postérieure accrochant le col.

h) Toucher vaginal et rectal combinés

Apprécie :

- l'épaisseur et la consistance du noyau fibreux central du périnée
- complète le bilan musculaire
- explore la cloison recto-vaginale

i) Le test de BONNEY

Lorsque l'on glisse deux doigts dans le vagin, de part et d'autre de toute la longueur de l'urètre, en rapprochant ses doigts du pubis, si la fuite urinaire est stoppée ainsi, elle est justiciable d'un traitement chirurgical pour BONNEY.

Au terme de cet examen clinique du prolapsus, complété comme il se doit par l'examen général, il convient d'établir une synthèse des résultats obtenus, notamment basé sur les éléments que l'on peut affirmer.

Dans certains cas on peut affirmer l'indication opératoire et la tactique en fonction des éléments inventoriés.

D'autres fois, il y a nécessité d'examens complémentaires

- le colpocystogramme, pour préciser un élément masqué

ou diagnostiquer un élytrocèle.

- l'exploration manométrique qui nous permettra de différencier une incontinence urinaire due à une insuffisance sphinctérienne d'une incontinence due à une cystocèle ou à une cystoptose.

- un examen d'urine (culture, antibiogramme), qui évite de traiter inutilement par les antibiotiques des femmes qui ont des troubles vésicaux mais des urines stériles. Il permet de découvrir une infection urinaire et de la traiter. Ainsi de nombreux troubles fonctionnels hâtivement rattachés au prolapsus, et par là, quelques indications opératoires abusives pourront être évitées.

- une hystérographie, qui permet l'étude de la cavité et de l'allongement supra-vaginal du col.

- une urographie intraveineuse, si les signes urinaires sont expressifs, pour déceler une éventuelle ectasie urétale par exemple.

- un curetage biopsique, si on envisage de conserver l'utérus.

LE COLPOCYSTOGRAMME

C'est une technique simple et sans danger.

1/ En dehors des règles et de tout épisode infectieux.

2/ Il nécessite la triple opacification extemporanée, la femme étant allongée sur une table basculante.

- de la vessie :

Par l'instillation de 50 ml d'un produit de contraste visqueux, par exemple de Diodone ou de Vasurix à la polyvidone.

Evidemment, ceci après avoir évacué la vessie à l'aide d'un cathéter.

- du tube génital :

On met dans l'utérus un segment de sonde urétérale taillé à sa mesure.

Puis on badigeonne le vagin avec une pâte barytée.

- du segment ano-rectal :

Dans le rectum on met une poire de 35 ml de crème barytée.

Dans le canal anal, on y vide un tube de pommade de Lipiodol.

- le méat urinaire :

On y met un plomb de pêche maintenu par un adhésif pour le repérer.

3/ On fait s'allonger la patiente. On met sous ses pieds le marchepied amovible, et on bascule la table et la femme avec, qui se retrouve debout et on la met alors de profil au garde-à-vous.

4/ On centre les clichés.

Sur le grand trochanter (sur le bord supérieur) et on s'assure que le profil est strict (les têtes fémorales se superposent)

et que les clichés contiennent les repères osseux essentiels : la charnière lombo-sacrée, le sacrum, le coccyx, le bassin de profil et le tiers supérieurs des fémurs.

5/ On prend alors deux clichés ou trois

- l'un en position I

Pendant que l'on demande à la malade de faire comme si elle voulait retenir un gaz ou une selle

Le cliché est développé de suite et s'il est bon, on passe au suivant.

- l'autre en position 2

Pendant que l'on demande à la femme de pousser comme pour aller à la selle,

et l'on développe immédiatement.

- un troisième cliché peut être pris

Si on a un important prolapsus on peut le refouler avec un tampon monté sur une pince languette et on refait un cliché en poussée abdominale en refoulant la boule.

On a ainsi, un cliché qui peut nous montrer certaines images, notamment de cystocèle ou de cystoptose.

Ce cliché est rarement intégré au diagramme.

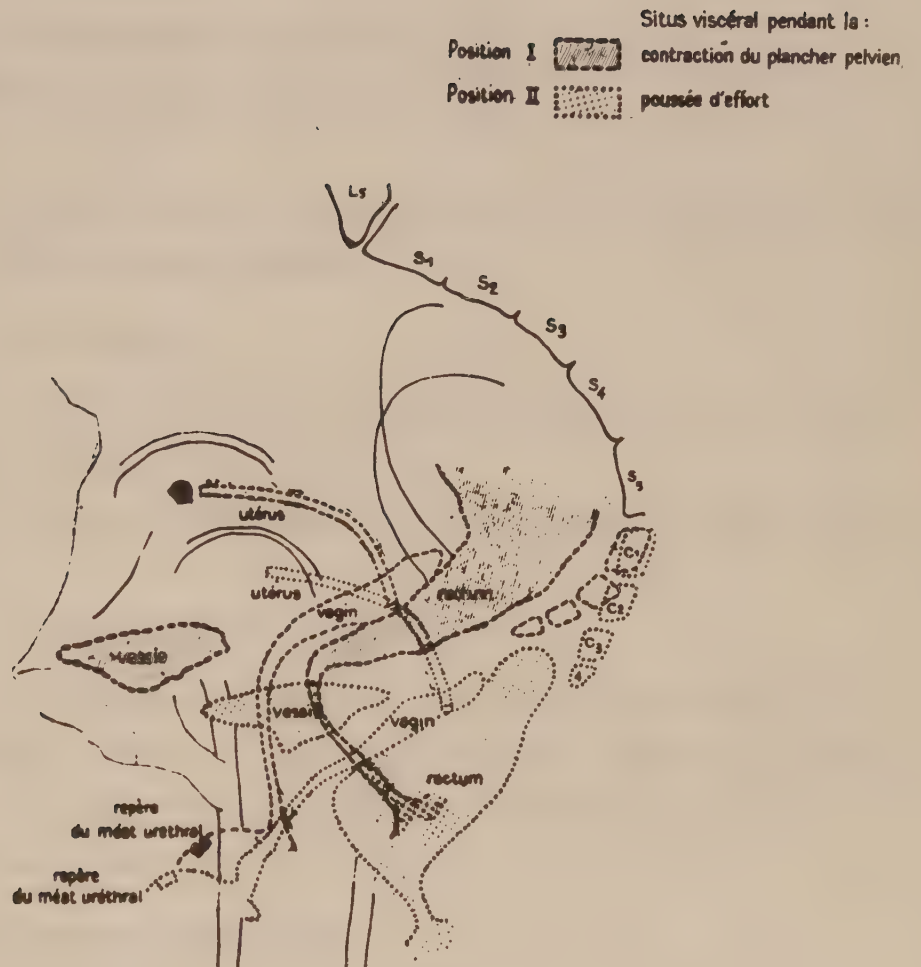
6/ La construction du diagramme

Se fait par la superposition des deux clichés sur un calque.

On utilise des couleurs conventionnelles pour les différents organes et les contours osseux qui restent fixes sauf le coccyx.

L'urètre est parallèle au vagin et le col vésical est le point où la parallèle menée à partir du méat rencontre la vessie.

Donc, au terme de cet examen, on a objectivé les déformations et les déplacements des viscères pelviens entre les deux contractions antagonistes.



Colpocystogramme Normal

1°) Déplacement et modification des contours

- La vessie

Grossièrement triangulaire, à sommet inférieur, elle subit un mouvement de translation global un peu vers le bas et surtout vers l'arrière.

L'angle inférieur ne descendant pas au-dessous de l'horizontale menée par le bord inférieur du pubis.

- Le vagin

présente en position I une angulation à sa partie moyenne (cap vaginal) qui disparaît en position 2.

il subit un mouvement de translation de haut en bas et d'avant en arrière.

- le col utérin et le dôme vaginal

La limite physiologique du déplacement vers le bas, du col utérin (et du dôme vaginal) est l'horizontale menée par la pointe du coccyx.

- le segment ano-rectal subit un déplacement analogue mais plus faible et le cap anal ne s'efface jamais.

2°) Déductions anatomo-fonctionnelles

De ce déplacement en "masse" et concomitant de tous ces viscères pelviens, BETHOUX et ses collaborateurs en ont déduit l'étroite solidarité de tous les viscères :

- la vessie, le col utérin, le haut vagin et le bas rectum constituent un véritable "combiné viscéral".

. De la première à la seconde position, ce combiné se déplace de haut en bas et surtout d'avant en arrière, le col utérin et le col vésical restant sensiblement à la même distance et à la même hauteur,

. Le col utérin évolue en arrière de la verticale passant par le sommet

ano-rectal,

- .. Le col utérin et la moitié supérieure du vagin se maintiennent plaqués contre le bord antérieur de l'image rectale.
- . Donc, l'utérus, à l'effort, semble évoluer en direction du périnée postérieur un peu en avant du coccyx.

Ceci amène M. BETHOUX et ses collaborateurs à émettre certaines déductions :

- 1°) Le soutènement de l'utérus par le plancher pelvien s'effectue au niveau de la butée coccygoraphélienne en arrière du cap anal.
- 2°) La suspension et l'orientation de l'ensemble viscéral pelvien sont réalisés par deux systèmes distincts d'amarrage conjonctif
 - l'un antérieur dynamisé par les releveurs, rattache l'urètre, la face entéro-inférieure de la vessie, la moitié inférieure des bords latéraux du vagin et le canal anal à l'arc osseux pelvien antérieur et à la paroi abdominale antérieure ,
 - l'autre postérieur, passif, rattache les bords latéraux du plancher vésical, les cornes vésicales, l'isthme utérin, la moitié supérieure des bords latéraux du vagin et l'ampoule rectale à l'arc osseux pelvien postéro-latéral.

M. BETHOUX et ses collaborateurs expliquent le soutènement utérin par la mobilité de l'isthme utérin qui, solidement amarré aux premières sacrées par les ligaments utéro-sacrés permettent un mouvement pendulaire et la fuite en arrière vers les plans résistants coccygoraphéliens où s'épuise la poussée abdominale en même temps qu'est verrouillé le cul de sac de douglas.

Quant au soutènement, au niveau du hiatus uro-génital, il est réalisé par la fermeture et l'horizontalisation du vagin qui constituent un véritable "mur vaginal". Cette fermeture du mur vaginal ne serait pas due directement aux releveurs mais aux éléments ligamento-cellulaires antéro-latéraux dynamisés par les releveurs.

Quant à la suspension et à l'orientation, le système d'amarrage postérieur, passif, est formé d'un tout continu dont on peut identifier anatomiquement et chirurgicalement :

- les piliers vésicaux,
- les ailerons vaginaux,
- ligaments cardinaux,

son élasticité limitée s'oppose à la poussée, laquelle s'épuise sur le raphée.

Quant au système d'amarrage antérieur, il est plus élastique et permet le déplacement en masse de ces viscères vers l'arrière.

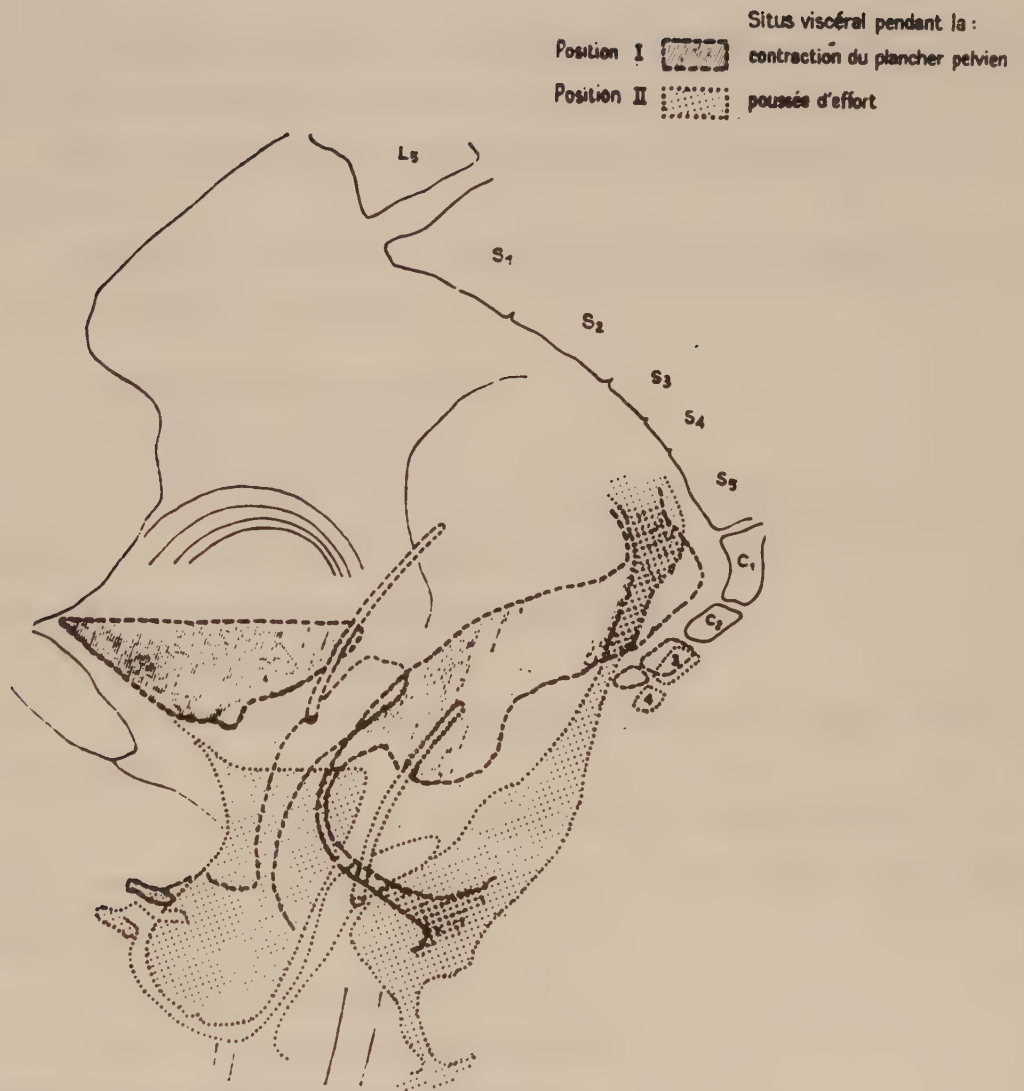


Fig. 2 - Colpocystogramme
Cystocèle avec cystoptose hystéroccèle

B/ Le colpocystogramme pathologique

Le colpocystogramme fait mieux que confirmer les données de l'examen clinique, il les précise et quelquefois révèle des données méconnues :

- soit que la morphologie et la situation des viscères soient normales en position 1 et pathologiques en situation 2.

- soit en position 1, les aspects sont déjà pathologiques et se majorent en position 2.

- quelquefois, certaines anomalies, notamment les incontinences urinaires sont révélées en position 3.

On peut ainsi objectiver :

1/ dans les prolapsus :

Les différents éléments témoignant d'un prolapsus que l'on peut rencontrer lors de l'étude du diagramme sont les suivants :

- lors de l'étude du comportement de la base vésicale :

Un aspect infundibulaire :

Saillant dans le vagin en gardant des attaches hautes, normales : c'est la cystocèle.

Ou saillant dans le vagin avec un déplacement de toute la vessie au dessous de l'horizontale sous-pubienne : la cystocèle s'accompagne de cystoptose.

Un déplacement peut être isolé :

C'est la cystoptose sans cystocèle.

- lors de l'étude du comportement du vagin :

En position 1, elle présente un cap si les releveurs sont gardé une valeur fonctionnelle.

En position 2, se dessinent les colpocèles qui ne sont pas toujours habitées.

- lors de l'étude du dome vaginal :

S'il descend au-dessous de la pointe du coccyx, c'est l'hystéroptose que le

temps et la poussée transforment en une hystéroccèle.

- lors de l'étude du rectum :

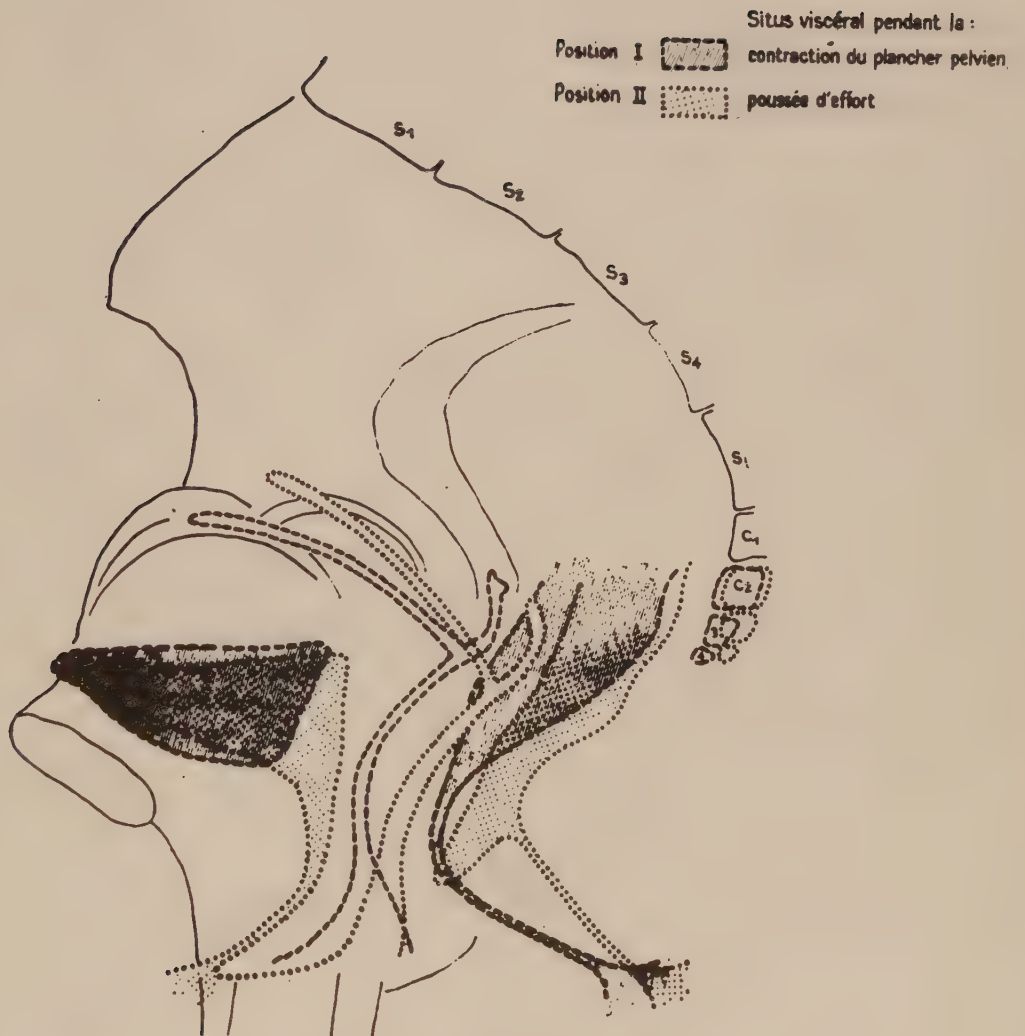
. Il peut être abaissé globalement, c'est une rectoptose.

. Il peut faire une hernie dans le Douglas ou le Vagin, c'est une rectocèle.

- lors de l'étude du cul-de-sac de Douglas :

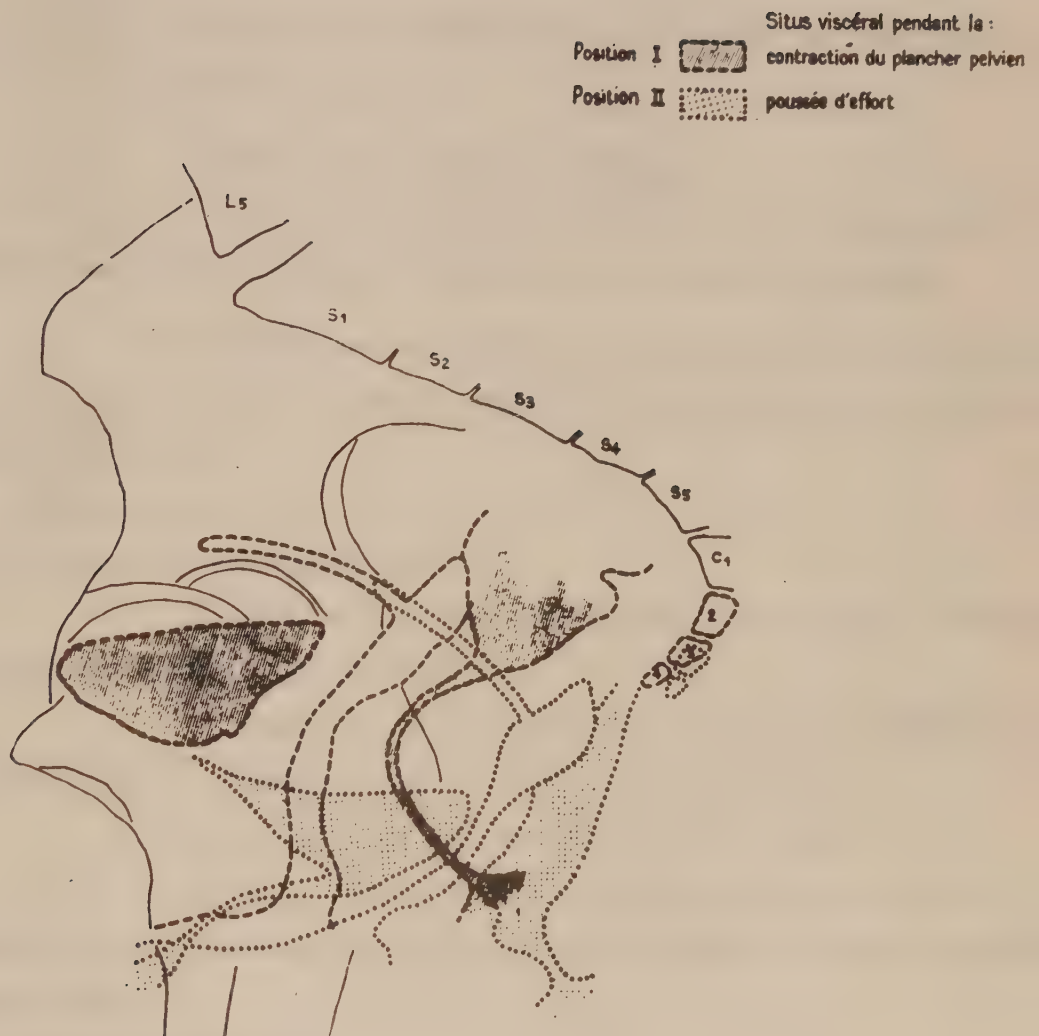
Normalement il est situé à l'union de l'ombre du vagin et de celle du rectum.

En principe il devrait être haut, au niveau du dome vaginal. Mais on observe quelquefois un espace clair entre le contour du dome, du haut vagin, et l'ombre du rectum. C'est l'aspect d'une élytroccèle.



Colpocystogramme chez une femme
atteinte d'incontinence urinaire sans prolapsus
vaginal apparent.

Fig. IIIa : incontinence de type A urinaire.



Colpocystogramme chez une femme
présentant une incontinence urinaire sans
prolapsus vaginal apparent.

Fig. IIIb : Incontinence de type P

Mais en pratique, il permet :

- de diagnostiquer un prolapsus utérin masqué par une cystocèle ,
- de faire un diagnostic entre une élytrocèle et une rectocèle haute,
- de mettre en évidence une élytrocèle masquée par une rectocèle.

2/ Dans les incontinences urinaires :

Il permet d'isoler les incontinences chez les femmes présentant ou non un prolapsus et dont l'évolution vésicale est normale.

Chez les femmes ne présentant aucun prolapsus vaginal apparent, une incontinence d'effort peut se révéler par deux formes anatomo-radiologiques différentes.

. Le type A (Antérieur)

Où l'image vésicale semble figée.

En position 1, on observe tantôt un aspect normal, tantôt un aspect infundibulaire du col vésical.

En position 2, les faces antérieures et postéro-inférieures de la vessie se déplacent peu mais s'écartent l'une de l'autre.

Ainsi se réalise une vésicalisation de l'urètre.

On la décrit comme type A, car elle paraît répondre à la détérioration du jeu élastique de la suspension antérieure des deux berges du col vésical.

. Le type P (Postérieur)

Où l'image est animée.

En position 1, la région du col vésical présente un aspect normal.

En position 2, un déplacement vers le bas de l'image vésicale avec bascule importante de la base vésicale, descendant au-dessous du plan horizontal passant par le bord inférieur du pubis : c'est une cystoptose isolée, c'est-à-dire, sans cystocèle car radiologiquement, comme cliniquement, la base vésicale ne vient pas faire saillie vers la vulve. L'inconti-

nence est objectivée par un mince filet de produits de contrastes dessinant un trajet urétral de calibre normal.

On l'a décrite comme type P, car elle paraît répondre au relâchement de la fixation postérieure des bords latéraux du plancher vésical et à l'effort, le col fait issue hors de l'enceinte manométrique.

. Le type PA

Avec en position 2 :

- vésicalisation de l'urètre,
- cystoptose.

RAPPEL DES PRINCIPES DU TRAITEMENT DES PROLAPSUS GENITAUX

Le traitement des prolapsus génitaux est uniquement chirurgical : il vise à reconstituer un support périnéal valable et à obtenir une reposition satisfaisante des organes pelviens.

Tous les prolapsus ne sont pas à opérer :

- le simple bombement à l'effort ou une fourchette banale-ment éculée ne justifient pas à eux seuls le traitement chirurgical.
- il faut éviter d'opérer.

- . la femme jeune quand on peut attendre,
- . les malades trop fragiles,
- . quand il n'y a pas de troubles fonctionnels sérieux.

Ainsi, d'après le dernier congrès de chirurgie consacré aux prolapsus génitaux, 25 à 30 % des prolapsus peuvent être récusés définitivement ou temporairement.

Les interventions courantes

- L'opération de Manchester

Elle consiste en :

- . une amputation supra-vaginale du col utérin,
- . une dissection et une transposition en avant du moignon cervical, des ligaments utéro-sacrés.

On y associe souvent :

- . une plicature du fascia de HALBANS,
- . une colpectomie antérieure modérée,
- . une périnéoraphie postérieure impliquant une colpectomie postérieure minime
- . on y associe généralement une ligature des trompes par voie basse.

- L'opération de SHIRODKAR

Elle ne comporte pas d'amputation du col : l'utérus est réorienté par un raccourcissement des ligaments utéro-sacrés .
C'est une méthode intéressante chez les femmes jeunes désirant des enfants.

- Le Promonto-fixation d'AMELINE et HUGUIER

- l'utérus est fixé dans le ligament commun vertébral antérieur au niveau L5 SI
- on y associe une résection ou une plicature du cul de sac de douglas.
- L'intégrité du rachis doit être vérifiée avant l'intervention.

- Les colpo-hystérectomies vaginales

Son type habituel est l'hystérectomie vaginale modifiée à la façon de CROSSEN /CAMPBELL.

Elle comporte une colpectomie antérieure et postérieure modérée, une hystérectomie vaginale, une résection du douglas, une réfection des moyens de suspension par suture entre eux des ligaments ronds, des utéro-sacrés (CROSSEN) que l'on peut amarrer derrière la symphyse quand ils sont très longs (CAMPBELL), et une fixation du dôme vaginal restant à ces ligaments.

On y ajoute une périnéoraphie postérieure.

Chez la femme qui a renoncé aux rapports sexuels, la compectomie peut être plus étendue sans avoisiner de trop près l'orifice urétral en raison du risque d'incontinence post-opératoire : c'est le colpo-hystérectomie de type ROUHIER.

- On peut, en plus, pratiquer une myorraphie très serrée des releveurs.

Les procédés de traitement de la cystocèle

1°/ La suture en paletot du facia de HALBANS

Elle est faite assez systématiquement, associée aux autres gestes, lors de la cure d'un prolapsus.

Elle ne semble pas suffisante lors de la cure d'une cystocèle patente ou d'une incontinence urinaire.

2°/ L'opération de WERTHEIM-SHAUTA

Consiste en l'interposition vésico-vaginale de l'utérus.

Elle corrige parfaitement la cystocèle.

3°/ On peut avoir recours également

A un hamac en matériel synthétique.

Le traitement de l'incontinence urinaire

1°/ Les opérations "Frondes"

Opérées par voie mixte, vaginale et sus-pubienne.

On cravate le col par une bandelette de tissu synthétique ou d'aponévrose.

La principale difficulté est de déterminer la tension adéquate.

2°/ Les suspensions abdominales et rétro-pubiennes

. L'intervention de MARSHALL-MARCHETTI

Associe la suspension de l'urètre au périoste rétro-pubien et la fixation de la vessie à la paroi abdominale.

. Des variantes existent

- fixation au releveur de l'anus (ROBERT)
- fixation aux muscles pyramidaux doublés du feuillet postérieur de la gaine des droits, qui sont rabattus dans l'espace de Retzius (GRANJON & PARENT)

D'autre part

1°/ dans les prolapsus du col restant

On fait habituellement une cervicotomie par voie basse complétée par repérage et suture des ligaments ronds et utéro-sacrés.

2°/ Dans les prolapsus du dôme vaginal

La pexie au disque appaart comme un procédé rationnel encore qu'elle favorise peut-être la cystocèle.

3°/ Dans les deux cas et d'autant plus que la vessie et la paroi vaginale participent au prolapsus, se trouvent réunis les meilleures indications pour les interventions de soutènement (HUGUIER) réalisant à double équipe, le soutien de la vessie, la suspension du tube génital, l'amarrage au disque lombosacré par un hamac de peau, ou mieux d'organza tendu de la paroi abdominale antérieure au promontoire.

Le traitement préventif

1°/ Au cours des accouchements par les voies naturelles :

- l'épisiotomie à la demande, tôt pratiquée, évitera les lésions périnéales.

- On s'abstiendra des manoeuvres difficiles par voie basse.

2°/ Au cours des interventions chirurgicales

Toute décision d'hystérectomie abdominale exige un examen du périnée et peut indiquer un temps périnéal spécial notamment lors de l'ablation de volumineux fibromes.

REMARQUES TIREES DE NOTRE EXPERIENCE PERSONNELLE

Dans la série de prolapsus du service de clinique chirurgicale de Monsieur le Professeur STOPPA, nous remarquons :

- Qu'il s'agit de prolapsus chez des multipares (moyenne de 4,3 enfants avec des extrêmes de 14 enfants à 2 enfants).
- L'âge moyen de ces femmes est de 65 ans (avec des extrêmes de 32 à 79 ans)
- Parmi elles, nombreuses sont celles qui ont un passé obstétrical chargé (manoeuvres laborieuses par voie basse)

Nous allons en résumer brièvement quelques cas :

1°/ D. Nadine (53 ans)

Présente à l'examen clinique un utérus rétroversé, une cystocèle, une incontinence orthostatique.

Le colpocystogramme nous montre une cystocèle avec systoptose.

2°/ S. Gilberte (34 ans)

8 enfants, dont 1 avec forceps et déchirure périnéale.

Prolapsus apparu en 1957 à l'âge de 21 ans, lors d'un amaigrissement de 10 kgs en 6 mois.

Le prolapsus s'est lentement aggravé.

A l'examen clinique, on note :

- une cystocèle sans incontinence urinaire,
- une petite rectocèle,
- un allongement hypertrophique du col,
- pas d'hystérocèle semble-t-il,

Le colpocystogramme nous confirme :

Cystocèle avec rectocèle sans hystérocèle.

3°/ P. . . . Yvonne (65 ans)

2 enfants

A un travail fatigant, debout 8 à 10 h par jour et porte de lourds fardeaux.

Le prolapsus serait apparu à l'âge de 45 ans et s'est aggravé progressivement.

Ne désire pas conserver de perméabilité vaginale.

A l'examen :

- colpocèle antérieure avec urétrocèle et cystocèle
- colpocèle postérieure minime,
- hystérocèle du deuxième degré,
- allongement du col (8cm)

Cette malade a été traitée par colporaphie antérieure et myorraphie serrée des releveurs.

4°/ S. . . . Marie (79 ans)

Vient consulter pour dysurie.

Le prolapsus est apparu 2 ans auparavant.

A l'examen, on note :

- colpocèle antérieure avec urétrocèle,
- hystérocèle,
- colpocèle postérieure.

Il n'a pas été fait de colpocystogramme, les lésions étant évidentes.

Elle a été traitée par hystérectomie vaginale modifiée à la façon de CROSSEN/CAMPBELL.

5°/ P. . . . Raymonde (69 ans)

2 enfants.

Vient pour prolapsus génital irréductible, apparu il y a 35 ans

et qui s'est accentué progressivement.

Il est fixé au stade 3 depuis 2 ans, et il est apparu une incontinence urinaire.

Elle a été traitée par hystérectomie totale vaginale

6°/ S. . . . Nelly (64 ans)

5 enfants

Ménopausée à 46 ans.

Prolapsus apparu il y a une dizaine d'années, à la suite d'un amaigrissement important.

A l'examen :

- hystérocèle,
- colpocèle antérieure avec cystocèle et incontinence d'urine.

A l'Urographie intraveineuse :

- distension pyelo-calicielle

Le traitement : ce prolapsus a été traité par une intervention de type Manchester.

7°/ D . . . Mathilde (63 ans)

2 accouchements, dont le premier laborieux.

Elle présente à l'examen une colpocèle antérieure et une colpocèle postérieure apparemment sans hystérocèle

Le colpocèle antérieure et une colpocèle postérieure apparemment sans hystérocèle.

Le colpocystogramme

- confirme les données de l'examen clinique,
- montre une cystocèle et une rectocèle

Cette malade a été traitée par une intervention de type Manchester.

8°/ B. . . . Marie-Louise (63 ans)

Opérée une première fois par voie basse : on lui fait une colporaphie antérieure et une myorraphie des releveurs.

Elle vient dans le service pour une hystérocèle isolée.

On la traite par une promonto-fixation isthmique et un cloisonnement du douglas par deux bourses étagées.

9°/ L. . . . Gilberte (59 ans)

5 accouchements, dont 1 siège,

A l'examen clinique, on note :

- une cystocèle modérée,
- une rectocèle,
- pas d'hystérocèle.

Le colpocystogramme nous confirme les données de l'examen clinique.

Cette malade a été traitée par :

- une périnéoraphie antérieure avec bourse vésicale,
- une périnéoraphie postérieure avec myorraphie des releveurs.

CONCLUSION

Nous avons vu que dans un certain nombre de cas (1/3 environ), le diagnostic analytique des éléments constitutifs des prolapsus est évident et qu'on peut ainsi, dès l'examen clinique, poser l'indication opératoire.

Quels sont, dans ces conditions, l'intérêt et les indications du colpocystogramme ?

- d'abord, si le cas envisagé est en faveur d'une abstention opératoire (30 % des cas selon le dernier Congrès de Chirurgie), il semble qu'il vaille mieux s'abstenir.
- d'autre part, avec H. G. ROBERT, "nous pensons que si c'est pour photographier et peindre ce que l'on sait déjà, il n'y a aucun intérêt". Ainsi, les prolapsus antérieurs avec colpocèle patente et incontinence d'urine patente ou objectivée par les manoeuvres, sont de toute manière justiciables, en même temps que d'une suspension antérieure du col, d'un temps de soutien et d'élévation de la vessie ; et le colpocystogramme ne présente ici qu'un intérêt iconographique.
- mais le colpocystogramme semble nécessaire lors :
 - du diagnostic de l'incontinence d'urines
 - . Sans prolapsus patent cliniquement
 - et permettra un diagnostic différentiel de l'incontinence sphinctérienne qu'on précisera par une uréthro-cysto-manométrie.

avec prolapsus utérin isolé ou avec prolapsus postérieur

pour préciser si un temps de relèvement de la vessie est
nécessaire

- du diagnostic de la colpocèle postérieure

car le diagnostic de l'élytrocèle est cliniquement difficile

- dans les cas d'incontinence post-opératoire.

par exemple après une intervention de type Wertheim

- dans tous les cas de récurrence de prolapsus

le colpocystogramme est d'autant plus nécessaire que c'est
une malade de seconde main et que l'on n'a pas le compte-
rendu opératoire

- chez les femmes chez qui on envisage une hystéropexie postérieure

en effet, avec H. G ROBERT, nous pensons que cette inter-
vention peut révéler une incontinence potentielle, et un colpo-
cystogramme préalable, s'il révèle une cystoptose, contre-
indique la voie haute ou alors impose un hamac.

Une autre limite à la pratique du colpocystogramme est le
côté matériel : il nécessite en effet un personnel spécialisé et consacrant
beaucoup de temps à la pratique de cet examen : or cela n'est pas toujours
dans les possibilités matérielles et humaines de nos Hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

1 - BETHOUX A et BORY S

Les mécanismes statiques viscéraux pelviens chez la femme à la lumière de l'exploration fonctionnelle du dispositif en position debout

Ann.de chirurgie 1962, 16, 11-12, 887-916.

2 - BETHOUX A. BORY S. HUGUIER M. CHEAO Seanlan

Le colpocystogramme. Son application à l'étude des prolapsus vaginaux et des incontinences urinaires. J. de Chirurgie Paris 1965, 90, 1-2, 51-62.

3 - BOURDIEU C.

Le colpocystogramme : ses données dans l'étude de la statique viscérale pelvienne

Thèse Paris 1965

4 - Rapport du 72 ème Congrès français de Chirurgie :

28 septembre - 1er Octobre 1970.

5 - DAJOUX S

Apport du colpocystogramme dans le bilan pré-opératoire et le contrôle post-opératoire des prolapsus vaginaux (à propos de 84 cas)

Thèse Marseille 1968.

6 - MUSSET R. ROITOUT R.

Les prolapsus génitaux

E. M. C. Gynécologie 1970

7 - H. G. ROBERT

Radiologie et laboratoire dans les prolapsus

Revue du praticien 21 Avril 1971

- 8 - DAVIES J. W. : Urinary Stress incontinences its relation to cystocels
and laceration of the pelvic floor

J. Urol (Baltimore) 1942, 48, 536-543

- 9 - GREEN TH.

Developpement of a plan for the diagnostic and treatment
of urinary stress incontinence

Amer.J.Obst-Gyn 1962, 83, 5, 632-647

- 10 - HUGNIER M.

Incontinence urinaire d'effort chez la femme

Thèse Paris 1966

- 11 - TRUELLE A.

A propos de cinquante élytrocèles et de quelques variantes.

Déductions anatomo-cliniques, radiologiques et thérapeutiques

Thèse Paris 1968

- 12 - BETHOUX A. BORY S. HUGUIER M.

Radiogénétique viscérale pelvienne : le Colpocystogramme

E. M. C. Radiologie

TABLE DES MATIERES

	pages
1) Introduction	1
2) Définition du colpocystogramme	3
3) Rappel de l'anatomie du tractus génito-urinaire pelvien	4
4) Rappel des moyens de fixité de l'utérus, de la vessie, du segment ano-rectal et de l'étiopathologie des prolapsus	9
5) Rappel de l'examen clinique d'une femme atteinte de prolapsus génital	16
6) Le colpocystogramme	21
1) Technique	
2) Résultat	
Le colpocystogramme N	
Le colpocystogramme pathologique	
- dans les prolapsus	
- dans les incontinences urinaires	
7) Rappel des principes du traitement des prolapsus génitaux	34
8) Quelques remarques tirées de notre expérience personnelle	38
9) Conclusion	42
